

LES DANGERS DU CURETTAGE UTÉRIN

(ACCIDENTS. ET COMPLICATIONS)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Augustin-Maurice SAMARA

Elève du Service de Santé de la Marine

Ancien Externe des Hopitaux

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 16 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548427_0077

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 52

LES DANGERS DU CURETTAGE UTÉRIN

(ACCIDENTS ET COMPLICATIONS)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Augustin-Maurice SAMARA

Elève du Service de Santé de la Marine

Ancien Externe des Hopitaux

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 16 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doven

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ROCHER.
Clinique chirurgicale	CASSAET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.	BAGOUIN.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	CARLES.	Physique médicale et pharmacutique	SIGALAS.
Anatomie	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Physiologie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Hygiène	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Médecine légale et déontologie	PACHON.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	AUCHE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Chimie	LANDE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Botanique et matière médicale	RÉCHOU.		
Pharmacie	CHÊLLE.		
Zoologie et parasitologie ..	BEILLE.		
Médecine expérimentale ..	DUPOUY.		
Clinique ophtalmologique ..	MANDOUL.		
	MAURIAC.		
	TEULIERES.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECO.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNERNEY
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS.		CHAIRIER.
	GREYX	Obstétrique	LOUBAT.
	AUBERTIN.		PERY.
	DAMADE		N.
Médecine générale.....	PIECHAUD.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
	N...	Pharmacie	GOLSE.
		Dermatologie et syphilogra- phie.....	JOULIA.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	N.
Accouchements	PÉRY.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophthalmologie	CABANNES	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		MM. N.	
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR, A MES FRERES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADEMIE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ
DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

INTRODUCTION

Depuis sa création par Récamier, le curettage de l'utérus a eu ses partisans et ses détracteurs. Sans vouloir proscrire cette opération qui rend de réels services, nous essaierons de montrer qu'elle comporte des dangers qui en font une manœuvre délicate et une véritable opération chirurgicale et non de petite chirurgie comme on a eu tendance à le croire pendant longtemps. Nous n'aborderons pas les complications, rares, d'ailleurs, telles ce cas de rhumatisme blennorragique décrit par Fié, où les sténoses cicatricielles du col utérin, consécutives au curettage. Nous ne nous occuperons que des dangers immédiats : perforations, hémorragie, infection.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de remercier très sincèrement nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux. Nous avons toujours trouvé auprès d'eux avec un aimable accueil, tous les éléments nécessaires pour devenir un bon médecin. Nous essaierons de profiter de leurs enseignements.

Tous ont droit à notre reconnaissance; et tout d'abord ceux dont nous avons suivi, comme stagiaire, puis comme externe, les services hospitaliers :

M. le Professeur Michelet, M. le Professeur agrégé Loubat M. le Docteur Lefèvre, chirurgien des Hôpitaux, qui nous ont inculqué les premières notions de médecine et de chirurgie avec patience et dévouement.

Nous avons ensuite suivi comme externe l'enseignement plein d'intérêt du Professeur Duvergey, puis le service de

M. le Docteur Blanchot, chirurgien adjoint des Hôpitaux, qui s'est attaché à continuer notre formation chirurgicale.

Nous avons ensuite essayé de faire tout notre profit des leçons cliniques et magistrales de M. le Professeur Bégouin qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance.

M. le Professeur Carles, M. le Docteur Denis, médecin des Hôpitaux, ont débrouillé pour nous les difficultés de la médecine.

Nous regrettons enfin notre dernier maître, le Docteur Lacouture, chirurgien des Hôpitaux, dont nous avons admiré la virtuosité chirurgicale, et dont nous n'oublierons jamais la sympathie qu'il a montrée à notre égard.

Que M. le Professeur Guyot veuille bien accepter ici, avec nos respectueux hommages, toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de diriger et de présider notre soutenance de thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le curettage utérin « opération tombée dans le domaine public », disait Bouilly, était d'un emploi très courant autrefois. A cause des dangers qu'il fait encourir on tend à le délaisser un peu et à ne l'employer que lorsque ses indications sont nettes. Récamier imagina, vers 1846, l'abrasion et l'instrument nécessaire, la curette. Découverte géniale qui, employée à bon escient, a rendu et rendra encore d'incontestables services.

A la suite de quelques accidents (deux perforations suivies de péritonite mortelle en 1849) survenus à Récamier lui-même, il fut vivement attaqué à l'Académie d'abord (1849-1850), à la Société de chirurgie ensuite. Cloquet, Velpeau et d'autres chirurgiens éminents, condamnaient cette opération comme dangereuse et insuffisante. D'autres, par contre, également d'élite, Nelaton, Trousseau, Robinet, la pratiquent et la défendent. De ces discussions résulte que le curettage tombe bientôt dans l'oubli. Cependant Fehling, Hegar en Allemagne, Noggerath, Munde en Amérique, l'utilisent encore.

L'antisepsie fait son apparition. Le curettage devient, avec son aide, moins dangereux dans ses accidents. Il trouve de nouveaux partisans. Gallard qui le combattait en 1872, en 1877 emploie la curette « malgré ses nombreux inconvénients et ses dangers » pour enlever les végétations et les fongosités.

et reconnaît que « maniée avec précaution » elle peut être utile « dans des cas relativement rares ».

De nouveau, il fait fureur. Des abus condamnables se produisirent. En 1898, un médecin berlinois est condamné à 6 mois de prison pour avoir perforé un utérus en le curettant. Le curettage est à la mode, on traite tout par ce moyen : affections chroniques et même aiguës de la matrice. En 1896, Pinard et Wallich disent : « Le curettage donne lieu à si peu d'accidents qu'il vaut mieux en faire un de plus que regretter de ne pas l'avoir pratiqué ». En 1899, première thèse contre le curettage par Willard. En 1905, a lieu une discussion à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris. Pinard et Doleris n'acceptent le curettage dans les accidents de suites de couches, qu'après le troisième jour et avant le huitième jour. Pozzi l'accepte même fait tardivement.

A cette époque paraissent de nombreuses thèses sur le curettage. Citons, Furtin, Basis, Clément (1905).

A partir de ce moment les indications du curettage deviennent plus précises. Benoit, en 1921, écrit : « Après avoir été follement préconisé, le curettage est maintenant tombé dans une grande défaveur ». En 1924, à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, on parle de la curette à propos des accidents du post-abortum. J. L. Faure et Lapointe admettent le curettage exécuté d'une façon prudente, quitte à pratiquer l'hystérectomie vaginale, s'il se produit des accidents. Alglave, dans un long plaidoyer s'élève absolument contre le curettage dans les accidents infectieux du post-abortum, et emploie strictement le traitement médical.

M. Couvelaire, en 1928, à propos de l'infection puerpérale « estime que dans les cas exceptionnels où l'hystérectomie lui paraît légitime il vaut mieux la pratiquer d'emblée sans curettage préalable, le curettage étant par lui-même un facteur de surinfection et faisant perdre un temps précieux ».

Le curettage est encore employé dans les métrites hémorragiques et les rétentions placentaires post-abortum, surtout, mais avec plus de prudence que jadis,

M. Fiolle, chirurgien des Hôpitaux de Marseille, a écrit récemment que « l'opération est plus complexe et plus sérieuse qu'on ne l'imagine parfois, qu'elle exige des qualités chirurgicales et l'habitude de l'asepsie et qu'elle ne doit pas être entreprise à la légère ».

Voyons donc les dangers les plus fréquents que fait courir le curettage, à savoir : les perforations, les hémorragies, l'infection.

CHAPITRE II

LES PERFORATIONS DE L'UTÉRUS

C'est un accident assez fréquent et qui a été signalé dès l'apparition même de la curette. Nous savons, en effet, que Récamier lui-même perdit de péritonite généralisée, deux malades dont il avait perforé l'utérus en les curettant. Le diagnostic de perforation au cours du curettage est parfois assez difficile à poser. Les signes fonctionnels ont peu de valeur. La malade est le plus souvent endormie. Même non anesthésiée, la douleur peut manquer; on a vu quelquefois une tendance au collapsus. Rebreyend reconnaît trois signes physiques de perforation :

- 1° la sensation de résistance vaincue;
- 2° l'enfoncement brusque de l'instrument perçu ou non vers l'ombilic;
- 3° la discordance entre la pénétration de l'instrument et la mensuration utérine.

La perforation sera à peu près certaine quand la sonde atteindra 15 cm., dit l'auteur.

On peut signaler aussi l'absence du retour des injections intra-utérines que l'on ne doit d'ailleurs pas pratiquer dans ce cas.

Il est évident que la perforation ne sera pas mise en doute si l'on vient à retirer de l'utérus avec la pince à faux germes un morceau d'épiploon ou une anse intestinale, faits qui se sont produits et dont nous rapportons quelques observations.

On peut penser avoir perforé l'utérus si la curette s'engage

dans une corne utérine ou une trompe anormalement dilatée. On n'a pas alors la sensation de liberté que l'on a lorsque la curette est dans la cavité abdominale.

On peut aussi se trouver en présence d'un utérus dont les parois sont excessivement molles et se laissent refouler par l'instrument. Ce sont surtout les utérus post-partum. « Ces utérus, dit Doléris, sont vraiment en caoutchouc ». Ils peuvent revenir eux-mêmes après massage ou une injection chaude. Enfin on peut croire être dans la cavité abdominale, alors que l'on n'est que dans un utérus très agrandi. On arrivera cependant à toucher le fond et si on le peut, on pratiquera un toucher explorateur.

Rebreyend a signalé la confusion possible entre une perforation et l'engagement de la curette dans une fistule métropéritonéale ayant succédé elle-même à une perforation ancienne. Cas d'ailleurs très rares, et diagnostic très difficile.

Comment se produisent ces perforations ? L'utérus peut être flasque à tel point qu'il se laisse déchirer sans que l'on ait exercé aucune force exagérée sur ses parois. Fiolle signale qu'un utérus enlevé pour perforation était si mou que le doigt pressant en n'importe quel point de la paroi la traversait aisément. Certains utérus ayant un point de leur paroi rongé et aminci par un néoplasme, un fibrome ou un placenta auront tendance à se laisser perforer avec la plus extrême facilité en ce point de moindre résistance. Et de même certaines manœuvres abortives prépareront la voie à des perforations ultérieures par la curette.

L'instrument lui-même peut être une cause de perforation. Les curettes petites et tranchantes auront évidemment une tendance beaucoup plus marquée à traverser l'utérus qu'une grosse curette qui s'applique par une surface beaucoup plus grande contre la paroi de l'organe.

Signalons aussi les manœuvres brusques, les dilatations insuffisantes du col qui font que, la curette passant d'un canal étroit dans une cavité plus grande, l'opérateur sera

comme emporté par son élan et ira buter contre le fond de l'organe qu'il pourra transpercer.

La constatation des lésions produites se fait en général après ablation de l'organe ou à l'autopsie. Le toucher intra-utérin donne peu de renseignements. La perforation occupe le plus souvent le fond, parfois l'isthme si on a affaire à un utérus antéfléchi qui n'a pas été redressé avant d'introduire l'instrument. Elle se trouve parfois au centre d'une géode, nous en rapportons deux observations. Elle est en général petite et lèse presque toujours le péritoine; car il n'y a pas à proprement parler perforation si la curette ne fait que s'engager dans le muscle utérin pour s'arrêter au-dessous du péritoine.

Quelle conduite tenir lorsqu'on suppose qu'il y a perforation.

Si on a affaire à un utérus infecté, post-abortionum, ou post-partum, le plus souvent il vaut mieux intervenir d'emblée. Si, ayant attendu, le pouls devenait plus rapide, le ventre douloureux, il faudrait hystérectomiser rapidement avec drainage à la Mickulicz.

Si l'utérus n'est pas infecté, l'expectative est admise Labadie, Lagrave et Legueu, écrivent dans leur traité de gynécologie : « La bénignité des perforations utérines par curette ou hystéromètre est devenue classique ».

Dans ce cas, on s'abstiendra de toute injection intra-utérine et on fera un tamponnement serré intra-utérin à la gaze légèrement iodoformée.

Pozzi dans un cas de ce genre continua l'opération, débarrassa la muqueuse de ses débris et sa malade guérit.

OBSERVATIONS — PERFORATIONS

Obs. I. - (Professeur Guyot et Jean Villar). Curettage, Perforation utérine. Hystérectomie. Guérison. (1928).

Jeune femme de la Martinique âgée de 34 ans. Pleurésie, appendicite opérée et paludisme dans ses antécédents. Bien réglée. Une première fausse-couche il y a un an. Fausse-couche de deux mois au mois de septembre. Hémorragies répétées depuis, plus abondantes au cours de novembre. Fièvre à 39° le 26 novembre. Elle se décide à entrer à l'hôpital. Elle est alors fatiguée, anémiée, perd du sang mais n'a pas de fièvre. A l'examen, utérus pas très gros, mais col ramolli, entr'ouvert et saignant.

Le curettage est pratiqué le 28 novembre. Quoiqu'il eut été fait très prudemment on a la sensation que la curette brusquement se trouve intra-péritonéale. Tamponnement utérin.

Cinq heures après, la malade ayant un pouls à 120, étant fatiguée, on l'examine. Matité dans les flancs. Pas de réaction péritonéale. On décide d'intervenir. Laparotomie médiane. Il existe à peu près 500 cc. de sang dans le petit bassin. L'utérus est perforé au niveau de son fond. Hystérectomie rapide. Mickulicz (la malade ayant eu 39° la veille); suites favorables. Après un choc opératoire minime et une légère réaction péritonéale, évolution normale.

Sort guérie au bout d'un mois après une poussée de paludisme dans le service.

L'utérus présenté et sectionné montre que le fond est, au niveau de la perforation, extrêmement mince par rapport aux parois qui ailleurs sont assez épaisses. Il existe aussi à ce niveau comme une géode creusée dans le muscle utérin et qui a préparé la voie à la perforation (manœuvres abortives répétées probables).

Obs. II. (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Barthélemy).

Mme X..., à la Rochelle, âgée de 48 ans, se plaignait depuis quatre ou cinq jours de douleurs abdominales qu'elle localisait mal. Son médecin traitant fait appeler un chirurgien, pensant à un abcès sous-phrénique à cause d'un lointain passé gastrique. La malade ne donne pas de renseignements sur l'histoire de sa maladie. Défense abdominale généralisée. A la palpation de la région hypogastrique douleur un peu plus vive qui attire l'attention de ce côté. Par le toucher vaginal on sent un col mou, entr'ouvert qui a ce moment expulse un débris de placenta qu'on ramène avec le doigt. Corps gros mais sans développement exagéré des cornes utérines; annexes non perceptibles. Malade grasse, difficile à examiner. On sent sur la face postérieure de l'utérus un petit noyau fibromateux de la grosseur d'une noix. La malade finit par avouer un avortement provoqué remontant à une quinzaine de jours et des pertes plus abondantes depuis ce moment. La température n'a pas été prise, la malade ne se sent pas fébrile. Le pouls est bon. On porte alors le diagnostic de rétention placentaire et les signes hémorragiques étant importants et les annexes saines on décide d'évacuer l'utérus. Opération le surlendemain. La veille au soir T. 37°8. Le col s'est complètement refermé et on doit le dilater aux bougies d'Hegar, on introduit difficilement la curette, car on sent une série de bosselures au delà desquelles on s'enfonce dans des tissus très mous que l'on ramène au dehors. Il s'agit d'assez gros morceaux de placenta, abondant surtout dans la corne gauche. Le curettage est conduit avec une prudence extrême car les bosselures de l'entrée gênent beaucoup et à aucun moment on n'a la sensation de rencontrer la paroi utérine. Au quatrième ou cinquième coup de curette, sans avoir fourni d'effort anormal, la curette s'enfonce et on porte le diagnostic de perforation.

Aussitôt hystérectomie abdominale. Guérison.

L'utérus enlevé présentait trois noyaux fibromateux à la partie inférieure. Les deux ovaires sont scléro-kystiques dans toute leur étendue, ce qui fait qu'on s'explique difficilement comment cette femme a pu devenir enceinte. On distingue néanmoins un très petit corps jaune.

Dans la région de la corne gauche on trouve, creusée dans la

paroi utérine, une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de placenta.

Le fond de cette poche, de la dimension d'une pièce de cinq francs et dont la perforation occupe le centre, a une épaisseur d'un millimètre environ. Le canal de la trompe qui est cependant peu dilaté est bourré de placenta sur une longueur de 5 à 6 cm. et vient déboucher sur le bord du fond de la cavité. Il s'agissait donc d'une grossesse interstitielle.

Obs. III. — (Lannelongue. Bordeaux, in Thèse Rebreyend, 1901) résumée.

Femme de 64 ans. L'auteur, au cours d'un curettage, fait au fond de l'utérus une perforation qu'il ne reconnaît pas tout d'abord. Il s'aperçoit seulement au moment où il pratique l'injection intra-utérine que le liquide ne revient pas. Hystérectomie vaginale séance tenante. Guérison.

Obs. IV (résumée). — (Cassaët, Société d'Anat. et de phys. normales et path. de Bordeaux. 8 juin 1891).

Un gynécologue ayant perforé l'utérus avec une curette vit celle-ci s'enfoncer si profondément qu'elle ne put être ressaisie qu'avec de longues pinces. Le médecin étant sûr de son antiseptie laissa les choses en l'état sans recourir à une intervention plus importante. La malade guérit.

Obs. V (résumée). — Zinke. *Ann. J. Obs.*, avril 1894.

Il s'agit d'un cas de polype utérin. Après l'avoir attiré au dehors, l'opérateur se mit en devoir de détacher avec le doigt le pédicule qui était de la grosseur de l'index. Voulant alors curetter le moignon, il fut très surpris de sentir sa curette pénétrer dans l'abdomen. Le pédicule examiné de plus près portait à sa partie extrême environ un quart de pouce de péritoine. L'utérus fut bourré de gaze et la femme guérit.

Obs. VI. — (Résumée. Gusserow in Thèse Rebreyend 1901).

Rétention des membranes après avortement. Curettage. La pince introduite ensuite dans le but d'extraire les débris détachés

ramène de l'épiploon. Laparatomie. Résection de l'épiploon étranglé. Hystérectomie supra-vaginale. La malade opératoirement guérie meurt au 25^e jour d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la fémorale.

Obs. VII. — Résumée (Martin *ibid.*).

Avortement. Rétention. Curettage.

La pince ramène 75 cm. d'intestin; à ce moment le malheureux opérateur perd la tête, arrache l'intestin de son mésentère et le coupe disant aux assistants que c'est le cordon. Il court chercher Martin mais avant son arrivée la femme est morte de collapsus.

Obs. VIII. — Résumée (Gebhardt. *Mém. de la Société d'Obst. et de Gyn.* de Berlin, janvier 1891).

Curettage et perforation. Passage du liquide dans la cavité péritonéale. Mort.

Intoxication mortelle par le sublimé due au passage de la solution dans le péritoine à travers une perforation utérine. A l'autopsie, ulcération intestinale et péritonite par perforation. Une des causes de la perforation résidait dans la petitesse de l'utérus dont on n'avait pas tenu compte.

Obs. IX. — (Jahreis, *Centralblatt für Gynäkologie* 1898.)

Curettage pour métrorragie après un avortement. Perforation et hémorragie. Guérison.

L'utérus est de consistance et de volume normaux. De gros débris placentaires sont extraits; tout à coup, sans résistance, la curette pénètre jusqu'au manche. Violente hémorragie qui fait penser à l'opérateur que la perforation utérine est certaine. Tamponnement. Glacé sur le ventre. Repos. Le lendemain ablation du tamponnement. Guérison. Aucun autre accident que quelques douleurs dans le ventre.

Obs. X. — M. Pauchet (Société de Chirurgie. Paris, 6 juillet 1928).

Perforation à la suite d'une exploration à la curette pour biopsie d'un cancer du corps de l'utérus.

M. Pauchet communique ce cas rare observé chez une femme de 60 ans. Exploration à la curette d'un cancer du corps utérin pour biopsie. Perforation de l'utérus.

Le cancer bourgeonne à la surface du corps utérin au point perforé et englobe une anse d'iléon. Greffe à distance du cancer sur le côlon sigmoïde. Un an après l'auteur fait une hystérectomie abdominale. Guérison opératoire.

Obs. XI. — (M. Gueullette. Société Anat., 12 juillet 1924.)

Perforation utérine au cours d'un curettage pour avortement. Signes d'hémorragie grave. Laparotomie immédiate : perforation de 5 cm. de diamètre de la paroi antérieure. Embryon déchiqueté dans la cavité péritonéale. Hystérectomie subtotale. Drainage sus-pubien. Guérison.

CHAPITRE III

HÉMORRAGIES

Un autre danger moins fréquent que le premier toutefois c'est celui de l'hémorragie. Il est d'ailleurs assez rare de voir une hémorragie grave au cours d'un curettage pour métrite. C'est surtout au cours de cette opération pour rétention placentaire que l'on voit survenir cet accident.

Pichevin et H. Petit décrivent chez des femmes ayant dépassé la trentaine et ayant eu des enfants, une affection caractérisée par des ménorragies, puis des métrorragies devenant de plus en plus abondantes. Il s'agit soit de dilatations vasculaires, sans infection, soit d'une infection généralisée ou de l'artério-sclérose. Il y a multiplication des vaisseaux et altération de leurs parois épaissies et sclérosées. Il est évident que si ces vaisseaux sont lésés par la curette, il se produira une hémorragie qui n'aura pas tendance à cesser spontanément.

Quand on curette pour métrite, on a toujours un petit écoulement sanguin. Il suffit alors de continuer le grattage de la muqueuse pour voir cesser ce suintement. Il n'en est pas de même s'il s'agit d'une rétention placentaire. Normalement, la quantité de sang qui s'écoule est plus importante que dans le cas précédent et on peut voir se produire une inondation de sang, parfois de véritables jets qui, souvent, sont une cause d'affolement.

Pour arrêter ces hémorragies profuses, Pozzi faisait des

irrigations intra-utérines avec une solution de perchlorure de fer.

Actuellement, deux moyens sont à employer : l'irrigation intra-utérine chaude soit avec de l'eau bouillie, soit avec une solution faible d'antipyrine, on bourre ensuite l'utérus de gaze et même le vagin et on retire doucement cette mèche au bout de 48 heures.

On prescrit à la malade un repos absolu, une potion au chlorure de calcium, quelques centigrammes d'opium.

M. Vignes fait remarquer que ces hémorragies sont peu souvent mortelles, mais qu'une spoliation sanguine est inutile pour une femme qui a besoin de toutes ses forces de défense.

OBSERVATIONS — HÉMORRAGIES

Obs. I. — (Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot)
Curettage. Hémorragie. Guérison.

Mme L..., rentre à l'hôpital du Tondu, salle I, pour rétention placentaire. Elle a présenté des hémorragies répétées et de l'infection. Anesthésie à l'éther. On trouve des caillots au fond du vagin; Dilatation du col aux bougies d'Hegar. Curettage avec une grosse curette de Volkmann, qui permet de constater l'agrandissement de la cavité utérine et l'existence de débris placentaires importants qui sont enlevés à la curette. A ce moment, la malade saigne avec abondance et le sang sort en jets, on pratique une injection très chaude. Cautérisation à la teinture d'iode. Introduction d'une mèche intra-utérine. Bons résultats. Guérison.

Obs. II. — (Rapportée par le Dr Hobard Reed, Calgary).

Multipare de 35 ans, graves hémorragies après chaque accouchement. Avortement incomplet de deux mois et demi. Le col était entr'ouvert et en essayant d'extraire le placenta avec une curette il y eut production d'une sévère hémorragie. Tamponnement. Guérison.

Obs. III. — (Rapportée par le Dr E. Garner, Fernie B. C.)

Femme ayant eu un avortement de quatre mois. Comme elle avait des pertes sanguines elle fut curettée par son médecin traitant. Il en résulta une grave hémorragie. On tamponna l'utérus. Cinq jours plus tard, elle eut une autre grosse hémorragie et fut curettée de nouveau sans anesthésie. Malgré un mauvais état général, elle guérit définitivement.

Obs. IV. — (Rapportée par Lincoln. *Ann. of Surgery.* Phila., 1918.)

Multipare de 28 ans, accouchée deux semaines auparavant par une sage-femme. Elle présenta quelques pertes brunâtres, une température de 38°5 et un pouls à 120.

Par un curettage on évacua quelques débris de placenta.

A ce moment, il se produisit une hémorragie qui devint profuse et incoercible. La patiente mourut peu de temps après être revenue dans son lit.

Obs. V (*ibid.*)

Multipare de 28 ans enceinte de deux mois et demi. Avortement incomplet pour lequel on pratiqua un curettage. On retira des morceaux de placenta et une hémorragie considérable eut lieu. Elle fut arrêtée. Le chirurgien et son aide avaient quitté la malade lorsqu'elle se mit à saigner de nouveau et mourut avant d'avoir pu être secourue.

Obs. VI (*ibid.*)

Primipare de 23 ans. Elle fut curettée pour des vomissements incoercibles. Grosse hémorragie, elle mourut 6 heures après. Il est possible que l'acide ait joué un rôle dans ce cas, mais le médecin traitant est d'avis que l'hémorragie fut la cause de la mort.

CHAPITRE IV

INFECTION

C'est le danger le plus important et le plus fréquent du curettage.

Ces complications infectieuses doivent être envisagées dans deux cas : 1° le curettage est pratiqué pour métrite; 2° le curettage est pratiqué pour une rétention placentaire.

Dans le cas de métrite, M. Fiolle écrit : « Ces complications infectieuses sont dues quelquefois à des fautes d'asepsie, mais beaucoup plus souvent à ce fait qu'il existait auparavant des lésions annexielles. Le curettage agit alors comme un traumatisme en donnant une poussée brusque à une infection plus ou moins torpide. Mais il y a des cas où la complication est une véritable surprise qu'explique seul le microbisme latent et banal des voies vaginales ».

Jayle, dans son article « *Curettage et Infection*, » incrimine l'opérateur, ses aides et ses instruments. Il fait le reproche suivant : « Tel médecin qui reculera devant l'ablation d'un lipome n'hésitera jamais à implanter tout son arsenal instrumental plus ou moins propre au fond d'une cavité utérine. »

Engelmann reconnaît deux voies principales à cette infection : elle peut se propager, soit par la trompe, soit par la voie lymphatique. Dans le premier cas il y a salpingite ou péritonite, associées ou non, dans le deuxième production d'un phlegmon, de cellulite pelvienne.

Pozzi reconnaît 4 formes principales d'infection :

1° La forme aiguë : dès les premiers jours, la malade est

prise de frissons, d'élévation de température et de phénomènes abdominaux. Du pus se forme rapidement et nécessite bientôt une intervention rapide. Il y a salpingite ou pelvi-péritonite;

2° La forme subaiguë suppurée. La malade a peu de fièvre, mais se plaint de vives douleurs abdominales, dès les premiers jours et au toucher, on trouve une suppuration étendue.

3° La forme subaiguë non suppurée. Cette forme est assez rare et caractérisée par le développement de lymphangite péri-utérine, de phlegmon du ligament large avec élévation de température et apparition de douleurs très vives, le tout se terminant par la résolution au bout de plusieurs semaines.

4° La forme latente apyrétique ou légèrement pyrétique. Les malades qui ne souffraient pas souffrent après leur curettage par suite de l'extension des lésions de l'utérus aux annexes.

Après les curettages pour rétention placentaire les faits peuvent se passer de façon identique mais ici le plus souvent l'infection préexiste. Le curettage devient un agent de surinfection.

Souvent le curettage a été insuffisant et en plus de son action nocive, il a laissé des débris placentaires infectés qui vont agir sur la muqueuse traumatisée. MM. Retterer et Lelièvre écrivent à propos des rétentions placentaires : « Le curettage détruit le processus histologique qui formait un rempart de leucocytes autour du foyer d'infection. Il enlève la couche granuleuse de Bumm formée de cellules embryonnaires associées avec des globules blancs ainsi que les nombreux éléments glandulaires qui prolifèrent pour régénérer la couche épithéliale ». Parlant de la conduite à tenir dans les cas d'infection post-abortion, M. Alglave dit ceci : « Sans parler des perforations utérines, observées de temps en temps, par l'effet de la curette sur des utérus déjà ramollis et friables, je suis persuadé que le curettage, surtout après deux ou trois jours d'infection ou davantage, aggravent souvent les états contre lesquels ils sont dirigés et sont même capables

de préparer des lésions annexielles ou péri-utérines graves, sinon des états de septicémie ».

Et en effet, si ces phénomènes de péritonites provoqués par un curettage intempestif ne peuvent être enrayés, on voit ces malades succomber avec tous les signes de la septicémie puerpérale.

Après curettage dans un utérus septique, il y a toujours une élévation de température.

Budin et Brindeau interprètent cette élévation de température comme « certainement due à une absorption massive de toxines qui s'est faite au niveau des nombreuses voies vasculaires ouvertes par la curette », et ajoutent-ils « certains auteurs prétendent même qu'il y a pénétration de microbes dans le torrent circulatoire; c'est possible, mais il faut avouer que cette absorption est peu importante, car la température ne tarde pas à s'abaisser au-dessous du point où elle se trouvait avant l'opération ». Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Pour Bar et Brindeau « nous estimons qu'il faut différencier deux ordres de faits : les uns où la réaction primaire n'est pas incompatible avec l'amélioration; les autres où elle explique la recrudescence des symptômes, principalement dans les cas où le curettage a été tardif.

Enfin, dans d'autres cas, il y a lieu de se demander si l'intervention n'a pas été un facteur d'aggravation. Il y a un fait indéniable, c'est qu'il existe des cas où une infection utérine d'intensité moyenne s'aggrave et très rapidement après le curettage. Quelquefois il s'agit d'une infection du vagin, du col, du segment inférieur, ce qui a fait mécaniquement envahir le corps jusque-là indemne.

Mais le plus habituellement le curettage aggrave en ouvrant ses portes d'entrée à l'infection, en rompant la barrière leucocytaire qui s'organisait dans les couches profondes de la muqueuse ».

Le curettage favorise la pénétration bactérienne « en trouant la cuirasse », selon l'expression de Demelin; citons aussi ces paroles de Douay : « Si l'infection a dépassé les

limites de la muqueuse, la curette ne peut plus mécaniquement détacher la totalité des tissus infectés; elle laisse une large plaie cruentée, traumatisée par l'instrument, avec des fibres musculaires effilochées et éraillées, des espaces lacunaires veineux et lymphatiques largement ouverts aux microbes. La curette peut donner alors un coup de fouet à l'infection.

Que doit-on faire en présence de ces accidents infectieux? Doit-on faire un deuxième curettage. Tous les auteurs, même les partisans absolus du curettage, affirment que non. M. Fiolle, cependant, le juge légitime si l'on croit que ces accidents sont dus simplement à la persistance de débris placentaires (utérus resté gros, col ne se refermant pas), et si on a l'impression que les lésions n'ont pas atteint le petit bassin et le péritoine.

Si l'infection devient menaçante, il faut pratiquer l'hystérectomie vaginale ou abdominale. J. L. Faure est partisan de l'hystérectomie vaginale qui, selon lui, est en même temps un excellent moyen de drainage du petit bassin. Nous préférons avec M. Auvray l'hystérectomie abdominale qui permet de se rendre un compte exact des lésions et séparer les adhérences qui pourraient exister avec l'intestin.

Si les phénomènes sont moins intenses, si l'on sent un abcès pelvien dans le Douglas, la colpotomie évacuera utilement cette collection suppurée. Enfin, et le plus souvent heureusement, si tout se borne à une poussée annexielle ou de pelvi-péritonite sans phénomènes généraux intenses, le traitement médical donnera de bons résultats : glace sur le ventre, toni-cardiaques, injections antiseptiques.

Nous dirons avec M. Fiolle : « Nul, évidemment, ne peut être absolument certain, même dans les cas les plus favorables, d'éviter les complications septiques du curettage, mais le meilleur moyen d'en restreindre le nombre c'est de pratiquer l'opération dans des conditions d'asepsie parfaite et surtout de sélectionner les malades en éliminant celles qui présentent des annexites ou des infections latentes pérutérines. »

OBSERVATIONS — INFECTION

Obs. I. — Infection (inédite due à l'obligeance de notre président).
Curettage. Infection. Phlegmon du ligament large. Mort.

Mme L... Amélie, 31 ans, est envoyée par son médecin parce qu'elle fait de l'infection post-abortum. Cette malade a fait au mois de janvier une fausse-couche à une date qu'elle ne peut préciser. Son médecin a vérifié les fragments de l'œuf expulsé. Les dernières règles franches dataient du mois de novembre 1928. En décembre elle aurait eu de légères pertes rouges deux jours au lieu de six comme normalement. Deux ou trois jours après la fausse-couche, la malade a eu des hémorragies. Son médecin traitant pratique un curettage. Quatre jours après la température s'élève et atteint 40°. Le 5 avril 1929 cette femme est examinée par M. le Professeur Guyot. Etat général grave, facies plombé, pouls très petit. Muguet. La palpation abdominale révèle peu de défense, une grosse masse douloureuse de contours imprécis dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal on sent un utérus bloqué, une grosse masse fluctuante à droite, dure et douloureuse. On porte le diagnostic de phlegmon du ligament large. Absès de fixation.

Tuméfaction considérable de la cuisse droite, surtout à la face supéro-interne. Les mollets et les cuisses des deux côtés sont douloureux.

Pas de modifications le 9 avril.

Sous chlorure d'éthyle on incise un phlegmon gangréneux de la face supéro-interne de la cuisse droite.

Rythme embryocardique du cœur. Congestion des bases pulmonaires.

Malgré le traitement par du sérum, de la strychnine, de la spartéine les phénomènes de septicémie continuent et la mort survient le 11.

Le germe du pus du phlegmon, examiné n'a pu être identifié.

Obs. II. — (Inédite due à l'obligeance de M. le Dr Lafond).

Malade hospitalisée à Canolle, ménagère de 21 ans.

Trois grossesses antérieures, une à 16 ans, l'autre à 17 ans, troisième à 20 ans, les deux premiers enfants prématurés meurent.

La malade entre le 19 février 1929. A fait il y a deux mois un avortement de un mois. La malade perd depuis. Le 23 février on met une laminaire et le 25 février on pratique un curettage.

Le 28 élévation thermique à 38° et 39°, on fait de l'uroformine.

On porte le diagnostic de phlegmon du ligament large avec collection dans le Douglas, on pratique une colpotomie. La malade part guérie le 10 avril.

Obs. III. — (F. Jayle, *Presse Médicale* 1896).

B..., 22 ans entre le 26 juin 1894 à l'hôpital Broca, salle Bouley, n° 5. Pâle, anémique, de constitution délicate, la malade se plaint de pertes blanches et de quelques douleurs légères du ventre.

Le 4 juillet est pratiqué un curetage sous chloroforme. Sept jours après, la température axillaire était à 39° et se maintenait assez élevée pendant huit jours. En même temps survenaient des phénomènes de pelvi-péritonite. Au toucher on sentait une masse dure douloureuse au niveau du ligament large droit, adhérente à l'utérus en dedans, aux parois, du bassin en dehors. On songea à une inflammation du ligament large avec pelvi-péritonite de voisinage, mais rien n'autorisant à affirmer la suppuration l'expectation parut sage. En effet les phénomènes douloureux s'amendèrent peu à peu. Une nouvelle poussée (10 au 14 août) engagea cependant la malade à passer en chirurgie dans le service de M. Pozzi. Là, les accidents ne reparurent plus et la guérison survint en septembre.

Obs. IV. — (*Ibid*).

Tr., 21 ans, entre le 25 janvier 1895 dans le service de M. Pozzi; elle est atteinte de métrite hémorragique chronique et de salpingite double légère. Le repos, les injections chaudes, l'enveloppement humide amènent une amélioration notable. Mais les douleurs repa-
raissent dès que la malade marche Sur sa demande et sur celle de son médecin, le curettage est fait sous chloroforme le 28 février 1895. L'examen permet en même temps de constater que les deux

trompes sont grosses comme le ponce : l'opération sera donc inutile. Elle est néanmoins pratiquée avec douceur : la curette ramène des débris de muqueuse assez abondants.

Des pansements intra-utérins d'abord, vaginaux ensuite furent régulièrement faits. La malade n'eut pas d'élévation de température, mais n'empêche que dès le troisième ou quatrième jour après le curettage les douleurs devinrent très vives en même temps que peu à peu se développait dans le cul-de-sac postérieur une grosse collection suppurée pour laquelle l'hystérectomie vaginale dut être exécutée le 12 avril 1895.

Obs. V. — (Dr Alglave, *Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chirurgie*, 1924).

Une malade vient dans mon service pour une fauss-couche qui a eu lieu quelques jours auparavant. Elle souffre beaucoup du bas-ventre, elle a l'utérus un peu gros, sans lésions du voisinage et elle a 38°2 à son arrivée. Elle est soumise au traitement abstentionniste (repos absolu, tête relevée, jambes en demi-flexion, deux sacs de glace sur le bas-ventre, injection vaginale quotidienne à base d'eau oxygénée, régime diététique s'il y a de la température, quelques injections sous-cutanée d'huile camphrée si la malade est affaiblie).

Sans doute elle a 40° le soir du même jour et elle a encore 39° le lendemain matin, mais elle ne peut manquer de guérir comme les autres si on n'y touche pas, car l'état général est bon comme celui des régions élevées du ventre. Mais comme elle n'est pas satisfaite du traitement institué, comme une personne du monde paramédical dont elle est la parente lui a suggéré l'idée qu'un curettage est nécessaire, elle quitte notre service en quête de ce curettage.

Il est donc pratiqué ailleurs, mais dès ce moment-là la température remonte à 40° et au-dessus, pour y rester, en même temps que l'état s'aggrave beaucoup.

Une hystérectomie est faite 4 jours après le curettage, et la malade meurt quelques jours plus tard.

Obs. VI. — Rapportée par le Dr CARLIER (Fernie, *Ann. of Surgery*, Phila, 1918).

Madame L... enceinte de trois mois a fait une fausse-couche

2 jours auparavant. La température est à 37°6, le pouls à 130. Curettage par le médecin traitant qui retire quelques débris de tissu placentaire. La malade présente ensuite une température élevée pendant une semaine environ jusqu'à ce qu'une collection purulente fût évacuée du cul-de-sac de Douglas. Guérison définitive.

Obs. VII. — (Rapportée par Lincoln *Ann. of Surg.*, Phila, 1918).

Multipare âgée de 33 ans, enceinte de deux mois et demi. Douleurs et hémorragies depuis une semaine. Curettage. Trois jours après violente douleur dans le bas-ventre avec frissons et température à 40°. Pouls à 130. Elle continue à faire cette température élevée pendant plusieurs jours. Après avoir évacué près de 500 cc. de pus du cul-de-sac de Douglas, elle guérit complètement.

Obs. VIII. — (*Ibid.*).

Primipare de 30 ans. Enceinte de trois mois. Symptômes d'avortement incomplet, avec température de 39°, on pratique un curettage qui enlève des débris de placenta. Pelvi-péritonite et élévation de température pendant plusieurs semaines. Plus tard cette malade eut un abcès sous-phrénique qui fut ouvert et elle guérit enfin après une maladie de quatre mois.

Obs. IX. — (*Ibid.*).

Une multipare de 30 ans fit un avortement de trois mois. Elle fut curetée deux fois par le médecin de la famille. Elle eut ensuite une température très élevée avec état général gravement atteint.

En explorant l'utérus on trouva qu'il y était resté des débris de placenta. Streptocoques dans le sang. Mort une semaine après environ.

Obs. X. — (Vanverts. *Presse Médicale*, 1920).

La malade entre à l'hôpital dans un mauvais état général. Curettage immédiat deux jours après un avortement. L'aggravation s'accroît et la mort survient trois jours après.

Obs. XI. — (Barnes. *Ann. J. of Obstetrics* 1918).

Il y a quelques années un médecin de mes amis très capable mais peu exercé en gynécologie me demanda de donner une anesthésie pour un curettage. La malade avait des pertes blanches. Je lui demandai s'il avait écarté toute inflammation pelvienne. Sur sa réponse affirmative je n'insistai pas, espérant qu'il me demanderait d'examiner sa malade. D'après l'histoire comprenant un avortement récent, je soupçonnais une salpingite.

Le curetage eut lieu : sa conséquence : pelvi-péritonite, femme désespérément malade.

En définitive, apaisement de l'état aigu, puis hystérectomie pour salpingite.

L'infection couvait sous les cendres et s'était embrasée à la faveur du curettage.

CONCLUSIONS

Le curettage est une opération délicate qui, avant, tout demande des indications nettement posées. On l'évitera chez les femmes atteintes d'affections annexielles ou péri-utérines.

C'est une opération dont les complications sont les suivantes :

I. Les perforations de gravité variable selon le degré d'infection de l'utérus et le milieu dans lequel elles ont lieu, chirurgical ou non.

II. Les hémorragies parfois redoutables qui seront jugulées par un traitement approprié.

III. L'infection qu'elle détermine ou qu'elle aggrave. On préférera, lorsqu'il sera possible, le curage digital au curettage dans les utérus contenant des débris placentaires.

Malgré ces inconvénients, le curettage reste une excellente opération. C'est la méthode de traitement de choix des métrites hémorragiques et de quelques métrites chroniques non gonococciques (métrite sénile) aussi que des métrorragies consécutives à un avortement.

Vu :

Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, Bon à imprimer :

Le Président de thèse,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 Décembre 1929,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Willard.** — Thèse Paris, 1898-99.
- Daleas (P.).** — Inconvénients et indication du curettage (*Toulouse Médical*, 15 août 1924).
- Wolff.** — R. française de gyn. et d'obstétrique, 1926.
- Henryk Lœbel.** — Gynelaogja polska (juillet-septembre 1926).
- Herault.** — Thèse Toulouse, 1913-14.
- Pasturaud.** — Thèse Paris 1905-06.
- Henrard.** — Zeitschrift für gebursthulfe und gynakologie (Kœnigsberg 1928).
- Chartier.** — Thèse Paris, 1889.
- Benoist (F.).** — Thèse Paris 1920-21.
- Guyon.** — Thèse Lille, 1921-22.
- Barnes (C.-S.).** — Ann. J. Osbetric. N. Y. 1918.
- Riou.** — Thèse Paris, 1902.
- Marmasse.** — Thèse Paris, 1894-95.
- Pinard et Wallich.** — Traité de l'infection puerpérale, 1896.
- Labadie, Lagrave et Legueu.** — Traité de Gynécologie.
- Pozzi.** — Traité de Gynécologie.
- Pierra.** — Les indications et les contre-indications du curettage de l'utérus. (*Revue mensuelle de gyn. d'obst. et de Pédiatrie*, juillet-septembre-novembre 1907).
- Marmey.** — Thèse Bordeaux 1896-97.
- Furtin.** — Thèse Paris, 1903-04.
- Grosse.** — A propos du curettage post-abortionum (*Rev. française de Gyn. et d'Obst.*, 10 août 1925).
- Vignes.** — La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum (*Gyn. et Obst.*, 1920).
- Fiolle (F.).** — Le curettage utérin (Masson 1929).
- Bar, Brindeau, Chambrelent.** — Précis de l'art des Accouchements.

- Lincoln** (W.-A.). — The Dangers of uterine curetage (*Ann. of Surgery*, Philadelphia 1928, p. 638-64).
- Heineck** (A.-P.). — *Gazette de gynécologie*, septembre 1909, p. 275.
- Gueniot**. — Les indications et l'abus du curetage utérin (*Paris Médical*, 1923).
- Jayle** (F.). — Curetage et infection (*Presse médicale*, mars 1896).
- Rebreyend**. — Thèse Paris 1900-01.
Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie, 1924.
- Belly** (Mlle). — Thèse Bordeaux, 1896-97.
- Dupouy**. — Thèse Bordeaux, 1906-07.
- Bonnetblanc**. — Indication du curetage. Thèse Paris, 1896-97.
- Debled**. — Contribution à l'étude du curetage de l'utérus. Thèse Paris, 1893-94.
- Pichevin**. — Accidents causés par le curetage utérin (*Ann. de Gyn.*, 1895).
- Kantzel** (Mme). — Curetage palliatif comme traitement de l'épith. inop. du col de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1899-1900.
- Douay** (E.) — Traitement de l'infection utérine post-abortionum. *Gynecologie et Obstétrique*, 1920.
- Quesnel**. — Contribution à l'étude du curetage instrumental. Thèse Paris, 1911-12.
- Morlet**. — Perforations post-partum et post-abortionum. Thèse Paris, 1904-1905.
- Ribemont, Dessaignes et Lepage**. — Précis d'Obstétrique, 6^e édit. 1904.
- Doleris**. — *Ann. de gyn. et d'obst.*
- Miquel**. — Les perforations graves de l'utérus. Thèse Paris, 1901-02.
- Henrotay**. — *Bull. Soc. belge de Gyn. et Obst.*, Bruxelles, 1895.
-

